Острый гепатит В (ОГВ) у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B16 · Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Острый гепатит В у детей — инфекция HBV с преимущественно парентеральной передачей, циклическим течением и риском хронизации, особенно при инфицировании в раннем возрасте. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, оценку тяжести, стационарное лечение, тактику при печёночной недостаточности, профилактику и диспансерное наблюдение.

Главное

- Окончательный диагноз устанавливают при обнаружении ДНК HBV в крови; заболевание длительностью менее 6 месяцев относят к острому гепатиту В.
- Все дети с подозрением или подтверждённым ОГВ подлежат лечению в инфекционном стационаре из-за риска тяжёлого и фульминантного течения, осложнений и трудностей полноценного обследования амбулаторно.
- У новорождённых и детей раннего возраста ОГВ часто протекает без желтухи; при инфицировании в раннем возрасте риск перехода в хроническую инфекцию выше.
- Энцефалопатия, геморрагический синдром и периферические отёки являются признаками декомпенсации функции печени; нарушение сознания также указывает на тяжёлое поражение печени. Сокращение размеров печени на фоне нарастающей желтухи и интоксикации — неблагоприятный признак возможного злокачественного течения.
- При лёгком течении лечение ограничивается базисной терапией с достаточным уровнем гидратации и нутритивной поддержкой; по мере увеличения тяжести расширяется спектр назначаемых препаратов. Следует избегать неоправданного назначения лекарственных средств из-за потенциального риска лекарственно-индуцированного повреждения печени.
- Плановая вакцинация начинается в первые 12 часов жизни; основная схема — 0–1–6 месяцев, для детей группы риска — 0–1–2–12 месяцев.
- Реконвалесцентов наблюдают 12 месяцев; обследования проводят через 1, 3, 6 и 12 месяцев, а при затяжном течении и сохранении ДНК HBV или HBeAg — не реже одного раза в 6 месяцев до элиминации маркеров либо установления хронического гепатита В.

Диагностика

1. Собрать клинический анамнез: начало болезни, слабость, снижение аппетита, сонливость, тошноту, рвоту, боли, сыпь, сроки появления желтухи, потемнения мочи и обесцвечивания кала. Уточнить эпидемиологические факторы за 6 месяцев: перинатальный, бытовой и половой контакт, операции, гемотрансфузии, инъекции, стоматологические и другие медицинские манипуляции, употребление инъекционных наркотиков, а также прививочный статус.
2. Осмотреть кожу, слизистые и склеры, оценить сыпь и признаки желтухи; у младенцев учитывать синдром Джанотти—Крости. Осмотреть и пропальпировать живот, определить размеры печени и селезёнки, проверить наличие асцита и перитонеальных симптомов, оценить цвет мочи и кала.
3. Оценить жизненно важные показатели: частоту сердцебиения, пульс, артериальное давление и частоту дыхания. При тяжёлом течении искать энцефалопатию, геморрагический синдром, периферические отёки и другие признаки декомпенсации функции печени.
4. Выполнить АЛТ, АСТ, общий и фракции билирубина, щелочную фосфатазу, ГГТП, общий белок, альбумин, коагулограмму, общий анализ крови с лейкоформулой и общий анализ мочи. Повышение билирубина с преобладанием прямой фракции, ЩФ и ГГТП указывает на холестаз; снижение альбумина, фибриногена и ПТИ — на нарушение белково-синтетической функции печени. УУР С, УДД 5.
5. Для этиологической верификации определить HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgM и IgG, HBeAg и anti-HBe методом ИФА или ХЛИА, а также ДНК HBV методом ПЦР. Наиболее достоверным маркером острой инфекции является anti-HBc IgM; ДНК HBV подтверждает диагноз, выявляет ранние, латентные и HBeAg-мутантные формы. УУР С, УДД 5.

6. Провести УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства для оценки печени и селезёнки и исключения сопутствующей патологии. При подозрении на поражение сердца выполнить ЭКГ; при диагностически неясном случае или длительном холестазе возможны МРТ или КТ органов брюшной полости. УУР С, УДД 5.
7. При тяжёлом течении с энцефалопатией, отёками или геморрагическим синдромом оценить сознание по шкале Глазго. УУР С, УДД 5.
8. Оценка 8 баллов и ниже по шкале Глазго определяется как кома.
9. При тяжёлом течении ОГВ и наличии неотложных состояний привлечь анестезиолога-реаниматолога для определения показаний к переводу в ОРИТ; при подозрении на энцефалопатию — невролога. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При средней и тяжёлой степени назначить охранительный режим: в разгар болезни — постельный, при тяжёлом и злокачественном течении — строгий постельный; при угасании желтухи и реконвалесценции — палатный. Всем пациентам назначают диету с механическим и химическим щажением; алкоголь полностью запрещён. УУР С, УДД 5.
- Дезинтоксикацию проводить перорально и/или инфузионно по клиническим показаниям. При лёгком течении используют пероральную дезинтоксикацию, при средней тяжести — внутривенные растворы электролитов, электролитов с углеводами или углеводов; объём рассчитывают с учётом физиологической потребности, патологических потерь и дефицита жидкости. УУР С, УДД 5.
- Большинству детей этиотропная терапия не нужна. Противовирусные препараты применяют только по жизненным показаниям при фульминантном течении и острой печёночной недостаточности; возможно использование препаратов, применяемых при хроническом гепатите В, в тех же дозах. Лечение продолжают до исчезновения HBsAg и неопределяемого уровня ДНК HBV, подтверждённых дважды с интервалом 4 недели.
- При среднетяжёлом и тяжёлом течении для восстановления функции печени и стабилизации клеточных мембран применяют глицирризиновую кислоту с фосфолипидами или фосфолипиды с учётом возрастных ограничений и инструкций. Детям старше 12 лет лечение можно начинать с внутривенных форм с последующим переходом на пероральные; детям 3–12 лет фосфолипиды назначают только парентерально. УУР С, УДД 5.
- При холестазе проводят терапию для нормализации желчеобразования и желчевыведения курсом 2–3 недели. При запоре у больных с желтушной формой обеспечивают регулярное опорожнение кишечника, в том числе с применением лактулозы. УУР С, УДД 5.
- При тяжёлом течении с формированием печёночной недостаточности или при фульминантном течении назначают глюкокортикоиды; препаратом выбора является преднизолон, длительность определяют индивидуально. При снижении белково-синтетической функции печени и уровня альбумина назначают 10% раствор альбумина; при печёночной недостаточности лечение проводят по протоколам ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- При асците и/или периферических отёках применяют диуретики; при напряжённом асците выполняют лапароцентез. УУР С, УДД 5.
- При фульминантном течении ОГВ с формированием острой печёночной недостаточности показана экстренная трансплантация печени. УУР С, УДД 5.
- После выписки диспансерное наблюдение проводят 12 месяцев. Вакцинацию разрешают не ранее чем через 1 месяц после выздоровления; к спорту и физической культуре допускают через 3–6 месяцев, а освобождение от тяжёлой физической работы и спортивных занятий составляет 6–12 месяцев.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать каждого ребёнка с подозрением или подтверждённым ОГВ в инфекционный стационар; лечение и наблюдение проводит инфекционист, а при его отсутствии — педиатр или врач общей практики.
- При тяжёлом течении и неотложном состоянии привлечь анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса о переводе в ОРИТ; при подозрении на энцефалопатию — невролога.
- Экстренно направить на трансплантацию печени при фульминантном течении с острой печёночной недостаточностью.

- Выписку рассматривать при уменьшении интоксикации, желтухи и гепатомегалии, билирубине менее 40 мкмоль/л, АЛТ и АСТ менее 150 Ед/л и ПТИ более 70%. В среднем эти критерии достигаются на 10–15-й день при лёгком, 15–20-й день при среднетяжёлом и 25–30-й день при тяжёлом течении.
- После выписки наблюдать реконвалесцента через 1, 3 и 6 месяцев, а также через 12 месяцев; если при выписке сохраняется значительное повышение аминотрансфераз, первый осмотр провести через 7–14 дней.

Частые вопросы

Как подтвердить острый гепатит В у ребёнка?

Нужно определить маркеры HBV методом ИФА или ХЛИА и ДНК HBV методом ПЦР. Наиболее достоверный серологический маркер острой инфекции — anti-HBc IgM; ДНК HBV используется для подтверждения этиологии гепатита.

Какие анализы нужны при первичном обследовании?

Определяют АЛТ, АСТ, билирубин с фракциями, ЩФ, ГГТП, общий белок, альбумин, коагулограмму, общий анализ крови с лейкоформулой и общий анализ мочи. Эти показатели оценивают повреждение печени, холестаз, белково-синтетическую функцию и тяжесть заболевания.

Нужны ли противовирусные препараты при обычном ОГВ?

Большинство детей в этиотропной терапии не нуждается. Её проводят только по жизненным показаниям при фульминантном течении и острой печёночной недостаточности; лечение продолжают до исчезновения HBsAg и неопределяемой ДНК HBV, подтверждённых дважды с интервалом 4 недели.

Когда ребёнка с ОГВ переводить в ОРИТ?

При тяжёлом течении ОГВ и наличии неотложных состояний требуется консультация врача-анестезиолога-реаниматолога для определения показаний к переводу в ОРИТ. При подозрении на энцефалопатию требуется консультация врача-невролога.

Как наблюдать ребёнка после перенесённого ОГВ?

Диспансерное наблюдение продолжают 12 месяцев с клиническим осмотром, биохимическими, иммунологическими и вирусологическими исследованиями через 1, 3, 6 и 12 месяцев. При затяжном течении или сохранении ДНК HBV и HBeAg контроль проводят не реже одного раза в 6 месяцев до их элиминации либо установления хронического гепатита В.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/488-ostryj-gepatit-v-ogv-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/488_3